DOCUMENT RESUME

ED 462 643 CG 031 583

TITLE	Depresion: Lo Que Toda Mujer Debe Saber (Depression: What Every Woman Should Know).
INSTITUTION	National Inst. of Mental Health (DHHS), Bethesda, MD.
REPORT NO	NIH-01-4794-SP
PUB DATE	2001-08-00
NOTE	31p.; Originally created for the Depression, Awareness, Recognition, and Treatment (D/ART) program. Revised by Margaret Strock. Translated by Edgardo Menvielle. For English version, see CG 031 599.
AVAILABLE FROM	Office of Communications and Public Liason, Information Resources and Inquiries Branch, National Institute of Mental Health, 6001 Executive Blvd., Rm. 8184, MSC 9663, Bethesda, MD 20892-9663. Tel: 301-443-4513; Tel: 301-443-8431 (TTY); Fax: 301-443-4279; e-mail: nimhinfo@nih.gov; Web site: http://www.nimh.nih.gov. For full text: http://www.nimh.nih.gov/publist/sp_014794.cfm.
PUB TYPE	Guides - Non-Classroom (055) -- Information Analyses (070)
LANGUAGE	Spanish
EDRS PRICE	MF01/PC02 Plus Postage.
DESCRIPTORS	At Risk Persons; Biological Influences; *Depression (Psychology); Developmental Stages; Emotional Problems; Environmental Influences; *Females; *Intervention; Outcomes of Treatment; Pharmacology; Predictor Variables; Psychopathology; Psychotherapy; Social Influences; *Spanish Americans; *Spanish Speaking; Symptoms (Individual Disorders)
IDENTIFIERS	Electroconvulsive Therapy

ABSTRACT

This publication, written in Spanish, explains why women are at greater risk for depression than men. Types of depressive illnesses are explained along with the symptoms. It states that some women are predisposed genetically to depression but biochemical, environmental, psychological, and social factors also often contribute to its occurrence. Depression is considered at the different stages of a woman's life, including during adolescence, childbirth, and old age. Depression is a treatable illness and interventions can include a combination of medication, herbal therapy, psychotherapy, and electroconvulsive therapy. Where to go for help is discussed and several national organizations are listed for additional information. (Contains 11 references.) (JDM)

Reproductions supplied by EDRS are the best that can be made
from the original document.

ED 462 643

Depresión

Lo Que Toda Mujer Debe Saber

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION
Office of Educational Research and Improvement
EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)

☐ This document has been reproduced as received from the person or organization originating it.

☐ Minor changes have been made to improve reproduction quality.

• Points of view or opinions stated in this document do not necessarily represent official OERI position or policy.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES PUBLIC HEALTH SERVICE NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH

NIMH
National Institute of Mental Health

CG031583

BEST COPY AVAILABLE

La vida está llena de altas y bajas. Pero cuando las "bajas" duran demasiado o afectan su capacidad para desempeñarse en su rutina diaria, es posible que usted tenga una enfermedad común, pero muy seria: depresión. La depresión clínica afecta su estado de ánimo, su condición mental y física, y su comportamiento. En EE.UU. se han realizado estudios que demuestran que cada año aproximadamente 19 millones de personas—uno de cada diez adultos—sufren de depresión. Casi un 60% de esas personas no obtienen la ayuda que necesitan.[°] Con tratamiento, se alivian los síntomas en más de un 80% de los casos. Sin embargo, como a menudo pasa desapercibida, la depresión sigue siendo una causa de sufrimiento innecesario.

La depresión es una enfermedad incapacitante. Ocurre tanto en mujeres como en varones, pero la tasa de incidencia en la mujer es casi el doble que en el hombre.[1] Actualmente, se siguen realizando estudios para investigar si las características particulares de la

BEST COPY AVAILABLE

mujer—factores biológicos, ciclo de vida, aspectos psicosociales—pueden ser causas de la alta incidencia de depresión en las mujeres.

La depresión afecta a cada persona de una manera diferente. Muchas personas solamente manifiestan algunos de los síntomas, los que pueden variar en severidad y duración. Para algunos, los síntomas se manifiestan en episodios cortos; para otros, los síntomas pueden durar por mucho tiempo si no se obtiene tratamiento. Tener algunos síntomas de depresión no significa que una persona está deprimida clínicamente. Por ejemplo, es normal que quien haya perdido un ser querido se sienta triste y no muestre interés en las actividades cotidianas. Si estos síntomas persisten por un período largo, entonces se puede sospechar que la tristeza se ha convertido en depresión. De igual manera, vivir con el estrés de la posibilidad de perder el empleo, de exceso de trabajo, o de problemas económicos o familiares, puede causar irritabilidad y "bajas" en el estado de ánimo. Hasta cierto punto, sentirse así es simplemente parte de la vida. Pero si la persona siente estas cosas por mucho tiempo y con mayor intensidad, y llega a afectarse también su vida cotidiana, entonces lo que parecía ser un cambio en estado de ánimo puede haberse convertido en una condición clínica.

Tipos de Depresión

1. En la ***depresión grave***, a veces conocida como depresión unipolar o clínica, las personas tienen algunos o todos los síntomas mencionados abajo por al menos 2 semanas. Con frecuencia los tienen por varios meses o más. Los episodios de la enfermedad pueden ocurrir una, dos, o varias veces en el transcurso de la vida de una persona.

2. En la ***distimia (o depresión "menor")***, los mismos síntomas están presentes de manera más leve, y duran por lo menos 2 años. Las personas con distimia a menudo están faltos de ánimo y entusiasmo por la vida, y viven una existencia sin júbilo y energiá que casi parece ser una extensión natural de su personalidad. También pueden sufrir de episodios de depresión grave.

3. La enfermedad ***maniáco-depresiva***, o trastorno bipolar, no es tan común como las otras formas de depresión. Se caracteriza por períodos de depresión que alternan con períodos de manía. Durante los episodios de manía, las personas pueden tornarse hiperactivas, eufóricas, e irritables. Pueden malgastar dinero y hasta involucrarse en conducta sexual inapropiada. En algunas personas, con los episodios depresivos se alterna una forma más leve de manía, conocida como hipomanía. A diferencia de otros trastornos afectivos, las mujeres y los hombres tienen la misma vulnerabilidad a sufrir del trastorno bipolar; sin embargo, las mujeres con trastorno bipolar tienden a tener más episodios de depresión y menos episodios de manía o hipomanía.[5]

Síntomas de la depresión y la manía

Si de tres a cinco o más de los siguientes síntomas persisten por más de 2 semanas (1 semana en el caso de la manía), o si interfieren con el trabajo o la vida familiar, el paciente debe obtener una evaluación diagnóstica exhaustiva. Esta evaluación debe incluir un examen físico completo y la historia familiar. No todas las personas con depresión manifiestan todos estos síntomas. La severidad de los síntomas varía de persona a persona.

Depresión

- Estado de ánimo de tristeza persistente, ansiedad o "vacío"
- Pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales
- Inquietud, irritabilidad o llanto excesivo
- Sentimientos de culpa, de no valer nada, de impotencia, desesperanza y pesimismo
- Dormir demasiado o muy poco, levantarse muy temprano en la mañana
- Pérdida de apetito o peso, o ingesta excesiva de comidas y aumento de peso
- Disminución de energía, fatiga, sensación de estar "en cámara lenta"
- Pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento, tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos y dolor crónico

Manía

- Estado de ánimo exaltado de manera anormal, euforia excesiva
- Irritabilidad
- Menor necesidad de dormir
- Delirio de grandeza
- Hablar demasiado, rápido, o sin parar
- Pensamientos descontrolados
- Aumento de la actividad, incluso la de tipo sexual
- Marcado aumento en energía
- Poco sentido común que lleva a comportamientos riesgosos
- Conducta social inadecuada

Causas de la depresión

Factores genéticos

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

Factores bioquímicos

Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas substancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

El ambiente y otros factores de estrés

Los siguientes se han definido como factores que contribuyen a la depresión: la pérdida de un ser querido, problemas en una relación,

problemas económicos, o un cambio significativo en la vida. A veces el comienzo de la depresión ha sido asociado con el de una enfermedad física aguda o crónica. Además, aproximadamente una tercera parte de las personas con cualquier tipo de trastorno depresivo también exhiben de alguna manera un trastorno de alcoholismo o farmacodependencia.

Otros factores psicológicos y sociales

Las personas con ciertas características tales como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. La crianza y las expectativas relacionadas con el sexo femenino pueden contribuir al desarrollo de estos rasgos. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia. Algunos expertos han sugerido que la crianza tradicional de las niñas puede fomentar estos rasgos y posiblemente es un factor determinante en la alta incidencia de depresión en la mujer.

El riesgo de sufrir depresión es mayor para la mujer que para el hombre

El número de mujeres que sufren de ***depresión grave y distimia*** es el doble que el de los hombres. Esta proporción de dos a uno no depende de factores raciales o culturales ni de la situación

económica. La misma proporción existe en otros diez países del mundo.[11] El mismo número de hombres y mujeres padecen de ***trastorno bipolar*** (maniaco-depresión), pero las mujeres típicamente tienen más episodios depresivos y menos episodios de manía. Asimismo, un número mayor de mujeres padece de una variedad de ciclos rápidos del trastorno bipolar, que puede ser más resistente al tratamiento estándar.[5]

Se sospecha que una variedad de factores únicos en la vida de la mujer juegan un papel muy importante en la depresión. La investigación hoy en día se concentra en entender estos factores, que incluyen: factores reproductivos, hormonales, genéticos o biológicos; el maltrato y la opresión; factores interpersonales; y ciertas características psicológicas y de personalidad. Aun así, las causas específicas de la depresión en la mujer no son claras, ya que muchas mujeres que han sido expuestas a estos factores no sufren de depresión. Lo que sí está claro es que independientemente de los factores que contribuyen a la misma, la depresión es una enfermedad para la cual disponemos de varios tratamientos eficaces.

Las variadas dimensiones de la depresión en la mujer

Los investigadores se están concentrando en las siguientes áreas al estudiar la depresión en la mujer:

Adolescencia

Antes de la adolescencia, casi no hay diferencia en la incidencia de depresión entre los niños y las niñas. Pero entre las edades de 11 y

13 años hay un alza precipitada en la incidencia de depresión en las niñas. Al llegar a los 15 años, las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de haber experimentado un episodio depresivo serio.[2] Esto ocurre en un momento durante la adolescencia en el que los roles y las expectativas cambian drásticamente. Los factores de estrés durante la adolescencia incluyen la formación de una identidad, la sexualidad en desarrollo, la separación del adolescente de los padres, y la toma de decisiones por primera vez. Todo esto se suma a otros cambios físicos, intelectuales y hormonales. Estos factores de estrés son generalmente diferentes para los varones, y en las mujeres pueden estar relacionados con la mayor incidencia de depresión. Hay estudios que demuestran que durante el bachillerato las niñas tienen tasas de incidencia más altas de depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación, y trastornos de desajuste emocional que los varones. Los hombres, por otro lado, presentan una tasa más alta de trastornos de comportamiento disruptivo.

Edad adulta: Relaciones interpersonales y roles en el trabajo

El estrés en general puede contribuir a la depresión en las personas que estan predispuestas biológicamente a la enfermedad. Algunos investigadores proponen la teoría de que la alta incidencia de depresión en la mujer no se debe a una mayor vulnerabilidad, sino a las situaciones de estrés que muchas mujeres enfrentan. Estos factores de estrés incluyen las responsabilidades primordiales en el hogar y el trabajo, ser madre soltera, el cuidado de los niños y padres ancianos. No se entiende todavía del todo de que manera estos factores afectan específicamente a la mujer.

Tanto en las mujeres como en los hombres, la incidencia de depresión grave es mayor para los separados y divorciados, y menor para los casados; pero mayor para las mujeres en ambos casos. La

calidad de un matrimonio, sin embargo, puede contribuir significativamente a la depresión. Se ha demostrado que la falta de una relación de intimidad y confianza, en combinación con problemas maritales graves, están relacionados con la depresión en la mujer. De hecho, se demostró que las tasas de incidencia de depresión más altas son en las mujeres con matrimonios infelices.

Acontecimientos relacionados con la sexualidad femenina

Estos incluyen el ciclo menstrual, el embarazo, el puerperio, la infertilidad, la menopausia y, a veces, la decisión de no tener hijos. Estos acontecimientos causan fluctuaciones en el estado de ánimo y en algunas mujeres incluye la depresión. Los investigadores han confirmado que las hormonas afectan las substancias químicas del cerebro que controlan las emociones y los estados de ánimo. No se conoce hasta el momento, sin embargo, ningún mecanismo biológico específico que explique la acción de las hormonas en este proceso.

Muchas mujeres experimentan ciertos cambios físicos y de comportamiento asociados con las distintas fases del ciclo menstrual. En algunas mujeres, estos cambios son severos, ocurren regularmente, e incluyen estados de depresión, irritabilidad, y otros cambios emocionales y físicos. Estos cambios, conocidos como ***síndrome premenstrual*** o ***trastorno disfórico premenstrual,*** típicamente comienzan luego de la ovulación y gradualmente se intensifican hasta que comienza la menstruación. Los científicos están explorando cómo el ciclo de altas y bajas, en la concentración del estrógeno y otras hormonas, pueden afectar los procesos químicos del cerebro relacionados específicamente con los trastornos depresivos.[10]

Las ***fluctuaciones en el estado de ánimo durante el puerperio*** pueden variar desde "bajas" pasajeras del estado de

ánimo que ocurren inmediatamente después del parto, hasta episodios de depresión grave que se transforman en depresiones severas, discapacitantes y psicóticas. Hay estudios que sugieren que las mujeres que experimentan depresión grave luego del parto a menudo han tenido episodios previos de depresión, aunque éstos pueden no haber sido diagnosticados y la paciente no haber recibido tratamiento.

El ***embarazo*** (si es deseado) raramente es un factor contribuyente a la depresión, y el aborto no parece aumentar la incidencia de la depresión. Las mujeres que tienen problemas de infertilidad pueden experimentar extrema ansiedad o tristeza, pero no se ha determinado si esto contribuye al aumento de la incidencia de la depresión. Además, la etapa de ser madre puede ser una de alto riesgo para la depresión por el estrés y las exigencias que conlleva.

La ***menopausia***, en general, no representa un aumento en el riesgo de la depresión. De hecho, hay estudios que han demostrado que la depresión durante la menopausia, aunque anteriormente se consideró como un trastorno específico, no es diferente a la de otras edades. Las mujeres más propensas a sufrir de depresión durante esta etapa son aquellas con un historial de episodios depresivos previos.

Consideraciones culturales

En cuanto a la depresión en general, la tasa prevalente de depresión entre las mujeres de origen africano e hispano sigue siendo el doble de la de los hombres del mismo origen. Hay ciertos factores, sin embargo, que indican que la depresión grave y la distimia probablemente se diagnostican con menos frecuencia en las mujeres afroamericanas y con un poco más frecuencia en las hispanas que

en las mujeres caucásicas. La información de prevalencia para otros grupos raciales y étnicos no es definitiva.

Los síntomas se pueden presentar de manera distinta, y esto puede influir el que se reconozca y diagnostique la depresión en las minorías. Por ejemplo, los afroamericanos son más propensos a quejarse de síntomas somáticos, como el cambio de apetito y los malestares y dolores en el cuerpo.

Además, la manera en que las personas perciben los síntomas de la depresión depende de su cultura. Tales factores deben ser considerados al trabajar con mujeres de distintos orígenes étnicos.

Victimización

Hay estudios que demuestran que las mujeres que fueron acosadas o maltratadas sexualmente en su niñez tienden más a sufrir de depresión clínica en algún momento de su vida en comparación con las que no tuvieron esa experiencia. Además, varios estudios muestran una mayor incidencia de depresión entre las mujeres que fueron violadas en la adolescencia o en la edad adulta. Estas observaciones son muy importantes, ya que más mujeres que hombres han sido víctimas del abuso sexual en la niñez. Las mujeres que han sido víctimas de otras formas comunes de maltrato, como el maltrato físico o el acoso sexual en el trabajo, pueden también tener una mayor incidencia de depresión. El maltrato puede llevar a la depresión porque baja la autoestima y causa tristeza, culpabilidad y aislamiento social. Es posible que existan factores de riesgo para la depresión de tipo biológico y ambiental, como la crianza en una familia disfuncional. Se necesita más investigación para entender si la victimización está específicamente ligada a la depresión.

Pobreza

Las mujeres y los niños representan el setenta y cinco porciento de la población que vive en situación de pobreza en los EE.UU. La pobreza trae consigo muchos factores de estrés como el aislamiento, la incertidumbre, los acontecimientos negativos frecuentes y el poco acceso a los recursos de ayuda. La tristeza y la falta de entusiasmo son comunes entre las personas de ingresos bajos y entre aquéllas que no tienen apoyo social. Pero las investigaciones no han establecido todavía si la depresión es más prevalente entre las personas que enfrentan estos factores ambientales de estrés.

La depresión en la tercera edad

Hace algún tiempo, se pensaba que las mujeres eran particularmente susceptibles a la depresión cuando los hijos se iban de la casa y ellas enfrentaban el "síndrome del nido vacío", sintiendo una pérdida profunda de propósito e identidad. Sin embargo, los estudios científicos no demuestran un aumento de depresión en las mujeres en esta etapa de la vida.

Al igual que en los grupos más jóvenes, más mujeres que hombres padecen de depresión en la vejez. Similarmente, en todas las edades, el no estar casado (incluyendo la viudez) es un factor de riesgo para la depresión. Lo más importante es que la depresión no se debe considerar como una consecuencia normal de los problemas físicos, sociales y económicos que se enfrentan en la tercera edad. De hecho, hay estudios que muestran que la mayoría de las personas adultas se sienten satisfechas con su vida.

Aproximadamente 800,000 personas quedan viudas cada año. En su mayoría estas personas son mujeres de mayor edad, y presentan un cuadro de síntomas depresivos bien variado. La mayoría no necesita tratamiento, pero aquellas con tristeza moderada o severa parecen mejorarse al asistir a grupos de apoyo o

recibir otros tratamientos psicosociales. Sin embargo, una tercera parte de las personas viudas, sean hombres o mujeres, tienen un episodio de depresión grave en el primer mes luego de la muerte del cónyuge, y la mitad de éstas permanecen clínicamente deprimidas por un año. Estos trastornos depresivos responden al tratamiento con antidepresivos, pero todavía se está investigando cuándo es el mejor momento para comenzar la terapia y cómo se deben combinar los medicamentos con tratamientos psicosociales.[4, 5]

Existe el tratamiento para la depresión

Hasta la depresión grave responde muy bien al tratamiento. De hecho, parte de la sensación de desamparo que acompaña la depresión grave es pensar que la condición que uno tiene es "incurable". A las personas que así piensen se les debe proporcionar la información disponible sobre la eficacia de los tratamientos modernos de una manera que se reconozca el escepticismo que sienten. Al igual que con cualquier otra enfermedad, mientras más pronto se comienza el tratamiento, más eficaz puede ser y es más alta la probabilidad de prevenir recaídas graves. Claro está, el tratamiento no elimina los inevitables factores de estrés de la vida, ni las altas y bajas. Pero ayuda muchísimo a la capacidad de enfrentar esos desafíos y logra que se disfrute más de la vida.

El primer paso en el tratamiento de la depresión debe ser un examen físico completo para asegurarse que no existe ninguna condición física que cause los síntomas depresivos. Ciertos medicamentos tienen efectos secundarios que son iguales a los síntomas de la depresión, por lo que se debe informar al médico

sobre cualquier medicamento que el paciente esté tomando. Si no se descubre causa física alguna de la depresión, entonces el médico debe conducir una evaluación psicológica o remitir el paciente a un profesional de la salud mental.

Tratamientos para la depresión

Los tratamientos más comúnmente usados para la depresión son los antidepresivos, la psicoterapia, o una combinación de ambos. La naturaleza y severidad de la depresión, y hasta cierto punto la preferencia individual, determinarán cuál de estas opciones de tratamiento es la apropiada. Para la depresión leve o moderada, uno o ambos de estos tratamientos pueden ser beneficiosos. Mientras que para la depresión grave o discapacitante se recomienda como primer paso el uso de medicamentos.[3] En el tratamiento combinado, los medicamentos pueden aliviar los síntomas rápidamente, mientras que la psicoterapia le enseña a la persona maneras más eficaces de enfrentar los problemas.

Medicamentos

Existen varios tipos de antidepresivos que se usan en el tratamiento de los trastornos depresivos. Entre estos se encuentran medicamentos nuevos, principalmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO). Los ISRS y demás medicamentos nuevos que afectan los neurotransmisores, como la dopamina o noradrenalina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los antidepresivos tricíclicos. Cada uno toma distintas rutas químicas al cerebro que están relacionadas con los estados de ánimo. **Los antidepresivos no son adictivos.** Aunque algunas personas se sienten mejor en las primeras semanas del tratamiento, los antidepresivos tienen que tomarse con regularidad

por al menos 4 semanas, en algunos casos por 8, antes de que su efecto terapéutico sea completo. Para ser eficaces y prevenir una recaída, los medicamentos tienen que tomarse durante 6 a 12 meses, siguiendo cuidadosamente las instrucciones del médico. La administración de medicamentos debe vigilarse de cerca para asegurar que el paciente esté tomando la dosis más eficaz y para minimizar los efectos secundarios. En el caso de las personas que han tenido ya varios episodios de depresión, la manera más eficaz de prevenirlos es mediante tratamiento con antidepresivos a largo plazo.

El médico que receta el medicamento le dará al paciente la información sobre los posibles efectos secundarios y, en el caso de los IMAO, sobre las restricciones de la dieta y de otros medicamentos. Además, hay que tomar en cuenta cualquier otro medicamento recetado o de venta libre, o suplementos alimentarios que el paciente esté tomando, porque algunos de estos pueden causar una reacción negativa al tomarse juntos con un antidepresivo. También pueden haber restricciones durante el embarazo.

Para el trastorno bipolar, el tratamiento preferido por muchos años ha sido el litio. Este puede ser muy eficaz para regular las fluctuaciones de ánimo que son típicas de este padecimiento. Su uso debe ser cuidadosamente vigilado porque un pequeño cambio puede tornar una dosis eficaz en una dosis tóxica. Sin embargo, el litio no se debe usar si la persona tiene una enfermedad de la tiroides o el hígado, si padece del corazón o si sufre de epilepsia. Afortunadamente, se han encontrado otros medicamentos que ayudan a controlar las fluctuaciones en el estado de ánimo. Entre estos hay dos anticonvulsivantes que controlan el ánimo, la carbamacepina (Tegretol®) y el ácido valproico (Depakote®). Estos dos medicamentos han sido ampliamente aceptados en la práctica

clínica, y el ácido valproico ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. (FDA) como el principal tratamiento de la manía aguda. Los médicos deben supervisar cuidadosamente el tratamiento para niñas que toman ácido valproico, porque algunos estudios indican que éste puede interferir con la función de las hormonas en las adolescentes. Otros anticonvulsivantes que se usan hoy en día son la lamotrigina (Lamictal®) y la gabapentina (Neurontin®). Sus posiciones en la jerarquía de tratamientos del trastorno bipolar siguen bajo estudio.

La mayoría de las personas que sufren del trastorno bipolar toman más de un medicamento. Además del litio y/o un anticonvulsivante, a menudo toman otro medicamento para aliviar los síntomas de agitación, ansiedad, insomnio o depresión. Algunos estudios indican que cuando un antidepresivo se toma sin tomar otro medicamento que estabilice el estado de ánimo, se aumenta el riesgo de que se induzca un estado de manía o de hipomanía. También hay un riesgo mayor de que la persona desarrolle un trastorno bipolar de ciclo rápido. Es de vital importancia para el paciente encontrar la mejor combinación posible de estos medicamentos y esto requiere una vigilancia muy de cerca por parte del médico.

Hierbas medicinales

En los últimos años, ha surgido un gran interés en el uso de hierbas para el tratamiento de la depresión y la ansiedad. La hierba de San Juan, o Corazoncillo (*Hypericum perforatum*) es una hierba que se usa mucho como tratamiento para la depresión leve o moderada en Europa y que recientemente ha llamado la atención del público estadounidense. La planta, que es un pequeño y atractivo arbusto de flores amarillas, se ha usado por muchos siglos en remedios caseros y naturales. En Alemania actualmente se usa el *Hypericum*

más que cualquier otro antidepresivo en el tratamiento de la depresión. Sin embargo, los estudios científicos que se han realizado sobre su uso han sido a corto plazo y se han basado en un número de dosis diferentes.

En respuesta al interés en la hierba de San Juan, los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU. (*NIH*) están conduciendo un estudio de 3 años, auspiciado por tres de sus miembros: el Instituto Nacional de la Salud Mental, el Instituto Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa, y la Oficina de Suplementos Alimentarios. El diseño del estudio incluye a 336 pacientes con depresión grave, asignados al azar a uno de tres tratamientos, los cuales duran 8 semanas. Una tercera parte de los pacientes recibirá una dosis fija de la hierba de San Juan, una tercera parte tomará un medicamento ISRS de uso común para la depresión, y la otra tercera parte tomará un placebo (una pastilla de aspecto exactamente igual a la de ISRS y la de la hierba, pero sin ingrediente activo alguno). Se les dará seguimiento adicional por 18 semanas a los participantes que muestren mejoría. Al concluir el estudio de 3 años, se analizarán y publicarán los resultados.

La FDA emitió un Aviso de Salud Pública el 10 de febrero de 2000. En éste, indicó que la hierba de San Juan parece tener efecto sobre una vía metabólica que utilizan muchos fármacos recetados para el tratamiento de condiciones tales como enfermedades del corazón, depresión, convulsiones, algunos tipos de cáncer y el rechazo de trasplantes. Por lo tanto, los proveedores de servicios de salud (médicos, farmacéuticos) deben advertir a sus pacientes sobre esta posible interacción entre medicamentos. Antes de tomar cualquier complemento de hierbas, los pacientes deben consultar con su médico o proveedor de servicios de salud.

Psicoterapia

La psicoterapia es otra opción disponible de tratamiento en los casos de depresión leve a moderada. Las terapias a corto plazo (de 10 a 20 semanas) han sido muy eficaces para tratar varios tipos de depresión. Las terapias de "conversación" ayudan a los pacientes a entender y aprender a resolver sus problemas mediante una charla con el terapeuta. Las terapias de "conducta" enseñan a los pacientes nuevos comportamientos para llevar una vida mejor y les ayudan a "desaprender" patrones de conducta dañinos. La investigación ha mostrado que dos psicoterapias a corto plazo, la interpersonal y la cognitiva-conductual, son útiles para algunas formas de depresión. La terapia interpersonal se enfoca en cambiar las relaciones interpersonales que causan o intensifican la depresión. La terapia cognitiva-conductual se concentra en cambiar los patrones negativos de pensamiento y la reacción o comportamiento que pueden contribuir a la depresión.

Terapia electroconvulsivante

La terapia electroconvulsivante (TEC o "Electro-shock") es útil para las personas cuya depresión es severa o ha llegado a un punto en que su vida peligra, o para aquellas personas que no pueden tomar antidepresivos.[3] Esto se aplica en particular para las personas clasificadas como suicidas, con agitación severa, pensamientos psicóticos, pérdida excesiva de peso o físicamente débiles como resultado de una condición física. A través de los años, la TEC ha mejorado mucho. Antes del tratamiento, que se administra bajo anestesia de corta duración, el paciente recibe una dosis de relajante muscular. Se colocan electrodos en puntos específicos de la cabeza y éstos emiten impulsos eléctricos. Este estímulo causa un episodio convulsivo breve (aproximadamente 30 segundos) en el cerebro. El paciente no percibe el estímulo eléctrico de manera consciente. Para

que la TEC rinda el máximo beneficio terapéutico se requieren varias sesiones, usualmente programadas a razón de tres por semana.

Tratamientos para la depresión recurrente

La depresión puede regresar, aunque el tratamiento haya sido exitoso. Los estudios indican que cuando esto ocurre, hay ciertas estrategias muy útiles. A menudo se puede evitar un nuevo episodio depresivo cuando se continúa el antidepresivo en la misma dosis que detuvo con éxito el episodio anterior. Para aquellos pacientes que no toman medicamento, la psicoterapia interpersonal una vez al mes puede alargar los periodos entre episodios depresivos.

El camino a la cura

Para poder disfrutar de los beneficios del tratamiento, hay que primero reconocer las señales de la depresión. El próximo paso es ser evaluado por un profesional capacitado. Aunque la depresión puede ser diagnosticada y tratada por médicos de cabecera, a menudo éstos remiten el paciente a un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico, u otro profesional de la salud mental. El tratamiento es un trabajo de equipo entre el paciente y el proveedor de servicios de salud. La mujer que toma decisiones basándose en la información al día, conoce las opciones disponibles de tratamiento y habla de sus inquietudes con el médico.

Si no se ven resultados positivos luego de 2 a 3 meses de tratamiento, o si los síntomas se intensifican, hable con su médico para cambiar la estrategia de tratamiento. Puede también ser necesaria la opinión de otro profesional de la salud o salud mental.

- Una vez más, he aquí el camino a la cura:

- Compare sus síntomas con los que aparecen en la lista de la página 4.
- Hable con un profesional de la salud o de la salud mental.
- Seleccione el profesional de tratamiento y la estrategia de tratamiento con que mejor se sienta.
- Dé por sentado que usted es parte esencial del proceso y tome decisiones sobre su tratamiento siempre basándose en la información al día.
- Si no se siente cómoda o satisfecha al cabo de 2 ó 3 meses, hable con su médico. Él puede recomendarle un tratamiento diferente o adicional.
- Si le vuelve a dar depresión, recuerde lo que ya sabe sobre cómo sobrellevarla y no dude en buscar ayuda de nuevo. De hecho, mientras más pronto comience a recibir tratamiento, menos durará el episodio.

La depresión le hace sentirse fatigada, como que no vale nada, desamparada y sin esperanza. Algunas personas cuando se sienten así quieren darse por vencidas. Es importante que sepa que estos sentimientos negativos son parte de la depresión y se irán a medida que vaya surtiendo efecto el tratamiento.

Además del tratamiento profesional, hay otras cosas que puede hacer para sentirse mejor. Para algunas personas, participar en grupos de apoyo es muy útil. Asimismo, le puede ser de gran ayuda pasar tiempo con otras personas y participar en actividades que le hagan sentirse bien, como ejercicios sencillos o yoga. No se exija demasiado al principio. Sentirse mejor toma tiempo.

Dónde buscar ayuda

Si no sabe dónde ir para obtener ayuda, pida ayuda a su médico, ginecólogo, o en la clínica de salud. Puede además consultar las *Páginas Amarillas* de la guía telefónica y obtener números de teléfono y direcciones bajo las secciones "salud mental", "salud", "servicios sociales", "prevención de suicidio", "servicios de intervención en crisis", "líneas de ayuda", "hospitales" o "médicos". En momentos de crisis, el médico de la sala de emergencia del hospital puede darle ayuda a corto plazo para un problema emocional y le puede decir dónde y cómo obtener ayuda adicional.

La lista a continuación muestra las personas y lugares en los que puede obtener o ser referido a servicios de diagnóstico y tratamiento.

- Médico de familia
- Especialistas en salud mental tales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, o consejeros de salud mental
- Servicios de atención médica administrada (HMO)
- Centros comunitarios de salud mental
- Departamentos y clínicas para pacientes de consulta externa de psiquiatría en el hospital
- Programas afiliados a universidades o facultades de medicina
- Clínicas para pacientes de consulta externa de hospitales estatales
- Agencias de servicio social o servicio a la familia
- Clínicas privadas
- Programas de ayuda al empleado
- Asociaciones locales de medicina y/o psiquiatría

Para más información

National Institute of Mental Health
Information Resources and Inquiries Branch
6001 Executive Boulevard
Room 8184, MSC 9663
Bethesda, MD 20892-9663
Teléfono: 1-301-443-4513
FAX: 1-301-443-4279
Folletos sobre la depresión 1-800-421-4211
TTY: 1-301-443-8431
FAX4U: 1-301-443-5158
Sitio en Internet: http://www.nimh.nih.gov
Correo electrónico: nimhinfo@nih.gov

National Alliance for the Mentally Ill
2107 Wilson Boulevard, Suite 300
Arlington, VA 22201-3042
Teléfono: 1-703-524-7600; 1-800-950-NAMI
Sitio en Internet: http://www.nami.org
Una organización de apoyo y de representación compuesta de pacientes, familiares y amigos de los pacientes que padecen de enfermedades mentales severas. Cuentan con más de 1,200 afiliados locales y estatales. Los afiliados locales pueden a menudo ayudar a encontrar tratamiento.

National Depressive and Manic Depressive Association
730 N. Franklin, Suite 501
Chicago, IL 60601-3526
Teléfono: 1-312- 642-0049; 1-800-826-3632
Sitio en Internet: http://www.ndmda.org

Su propósito es educar a los pacientes, familiares y al público sobre la naturaleza de las enfermedades depresivas. Mantienen un catálogo extenso de libros con información útil.

National Foundation for Depression, Inc.
P.O. Box 2257
Nueva York, NY 10016
Teléfono: 1-212-268-4260; 1-800-239-1265
Sitio en Internet: http://www.depression.org
Fundación que educa al público sobre la depresión y sus tratamientos, y auspicia programas de investigación, educación y tratamiento.

National Mental Health Association
1021 Prince Street
Alexandria, VA 22314-2971
Teléfono: 1-703-684-7722; 1-800-969-6642
FAX: 1-703-684-5968
TTY: 1-800-433-5959
Sitio en Internet: http://www.nmha.org
Una asociación que trabaja con 340 afiliados para promover la salud mental mediante representación, educación, investigación y servicios.

Referencias

[1] Blehar MC, Oren DA. Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 1997;2:3. Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995;3:3-12.

[2] Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 2000; 57:21-27.

[3] Frank E, Karp JF, and Rush AJ. Efficacy of treatments for major depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 1993;29:457-75.

[4] Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce ML, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, and Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus statement update. *Journal of the American Medical Association*, 1997;278:1186-90.

[5] Leibenluft E. Issues in the treatment of women with bipolar illness. *Journal of Clinical Psychiatry* (suplemento 15), 1997;58:5-11.

[6] Lewisohn PM, Hyman H, Roberts RE, Seeley JR, and Andrews JA. Adolescent psychopathology: 1. Prevalence and incidence of depression and other *DSM-III-R* disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 1993;102:133-44.

[7] Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, and Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 1993;264:2511-8.

[8] Reynolds CF, Miller MD, Pasternak RE, Frank E, Perel JM, Cornes C, Houck PR, Mazumdar S, Dew MA, and Kupfer DJ. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: A controlled study of acute and continuation treatment with

nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 1999;156:202-8.

[9] Robins LN and Regier DA (Eds). *Psychiatric Disorders in America, The Epidemiologic Catchment Area Study*. Nueva York: The Free Press, 1990.

[10] Rubinow DR, Schmidt PJ, and Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 1998;44(9):839-50.

[11] Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubin-Stiper M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, and Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 1996;276:293-9.

Libros con información útil

Se han escrito muchos libros sobre la depresión grave y el trastorno bipolar. A continuación encontrará algunos que le pueden ayudar a entender mejor estas enfermedades.

Andreasen, Nancy. *The Broken Brain: The Biological Revolution in Psychiatry*. Nueva York: Harper & Row, 1984.

Carter, Rosalyn. *Helping Someone With Mental Illness: A Compassionate Guide for Family, Friends and Caregivers*. Nueva York: Times Books, 1998.

Duke, Patty and Turan, Kenneth. *Call Me Anna, The Autobiography of Patty Duke*. Nueva York: Bantam Books, 1987.

Dumquah, Meri Nana-Ama. *Willow Weep for Me, A Black Woman's Journey Through Depression: A Memoir*. Nueva York: W.W. Norton & Co., Inc., 1998.

Fieve, Ronald R. *Moodswing*. Nueva York: Bantam Books, 1997.

Jamison, Kay Redfield. *An Unquiet Mind, A Memoir of Moods and Madness*. Nueva York: Random House, 1996.

Los siguientes tres folletos están disponibles en el Instituto de Medicina de Madison, 7617 Mineral Point Road, Suite 300, Madison, WI 53717, teléfono 1-608-827-2470:

Tunali D, Jefferson JW, and Greist JH. *Depression & Antidepressants: A Guide*, rev. ed. 1997.

Jefferson JW and Greist JH. *Divalproex and Manic Depression: A Guide*, 1996 (anteriormente titulado *Valproate guide*).

Bohn J and Jefferson JW. *Lithium and Manic Depression: A Guide*, rev. ed. 1996

Depresión: Lo que toda mujer debe saber fue originalmente creado para el programa *Depression, Awareness, Recognition, and Treatment* (D/ART). El folleto ha sido revisado por Margaret Strock, miembro del personal administrativo en la División de Recursos y Solicitud de Información, Oficina de Comunicaciones y Enlace con la Comunidad, Instituto Nacional para la Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés). Se recibió ayuda de los siguientes expertos: Mary Blehar, PhD, Matthew Rudorfer, MD, Melissa Spearing, y Clarissa Wittenberg, todos miembros de la administración del NIMH, y de Ellen Frank, MD, del Western Psychiatric Institute, Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh. Deseamos agradecer la ayuda que nos brindaron para asegurar que la información en este folleto fuera la correcta. Lisa Alberts, del personal administrativo del NIMH, proporcionó ayuda editorial. Quisiéramos también agradecer al Dr. Edgardo Menvielle, miembro del personal médico del Instituto Nacional de la Salud Mental y del Hospital de Niños de Washington, DC, por su ayuda en la traducción de este folleto.

Todo el material contenido en esta publicación está libre de restricciones de derechos de autor y puede ser copiado, reproducido o duplicado sin permiso del NIMH. Agradeceremos que se cite la fuente de información.

Para más información sobre las investigaciones del cerebro, comportamiento y enfermedades mentales, sírvase comunicarse con:

National Institute of Mental Health
Information Resources and Inquiries Branch
6001 Executive Boulevard, Room 8184, MSC 9663
Bethesda, Maryland 20892-9663
Teléfono: 1-301-443-4513
TTY: 1-301-443-8431
FAX: 1-301-443-4279
Salud Mental FAX 4U 1-301-443-5158
Correo electrónicol: nimhinfo@nih.gov
Sitio en Internet:: http://www.nimh.nih.gov

Publicación de NIH Núm. 01-4794 (SP)
Agosto 2001